

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

THÈSE

N^o 453

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 27 Juin 1900, à 1 heure

Par RENÉ LEMESLE

Né à Paris, le 30 Mai 1874.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DÈS

PSYCHOSES POST-OPÉRATOIRES

Président : M. TILLAUX, Professeur.

*Juges : MM. } JALAGUIER, Professeur.
 } POIRIER et WALTHER, Agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & BOYER

15 — Rue Racine — 15

1900

453

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 27 Juin 1900, à 1 heure

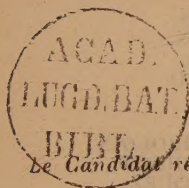
Par RENÉ LEMESLE

Né à Paris, le 30 Mai 1874.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

PSYCHOSES POST-OPÉRATOIRES



Président : M. TILLAUX, Professeur.

Juges : MM. } JALAGUIER, Professeur.
 } POIRIER et WALTHER, Agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & BOYER

15 - Rue Racine - 15

1900

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M.	BROUARDEL.
Professeurs		MM.
Anatomie.....		FARABEUF.
Physiologie.....		CH. RICHTER.
Physique médicale.....		GABRIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....		BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	}	DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....		HUTINEL.
Anatomie pathologique.....		LANNELONGUE.
Histologie.....		CORNIL.
Opérations et appareils.....		MATHIAS DUVAL.
Matière médicale et pharmacologie.....		TERRIER.
Thérapeutique.....		POUCHET.
Hygiène.....		LANDOUZY.
Médecine légale.....		PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.....		RISSAUD.
		CHANTEMESSE.
		POTAIN.
Clinique médicale.....	}	JACCOUD.
Maladies des enfants.....		HAYEM.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		DIEULAFOY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		GRANCHER.
Clinique des maladies du système nerveux.....		JOFFROY.
		FOURNIER.
		RAYMOND.
		BERGER.
Clinique chirurgicale.....	}	DUPLAY.
		LE DENTU.
		TILLAUX.
Clinique ophthalmologique.....		PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires.....		GUYON.
Cliniques d'accouchements.....	}	BUDIN.
		PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.	DESGREZ.	LEJARS.	THIROLOIX.
ACHARD.	DUPRE.	LEPAGE.	THOINOT.
ALBARRAN.	FAURE.	MARFAN.	VAQUEZ.
ANDRÉ.	GAUCHER.	MAUCLAIRE.	VARNIER.
BONNAIRE.	GILLIS de la TOU-	MENÉTRIER.	WALLICH.
BROCA (AUG.).	RETTE.	MERY.	WALTHER.
BROCA (ANDRÉ).	HARTMANN.	ROGER.	WIAL.
CHARRIN.	LANGLOIS.	SÉBILLEAU.	WURTZ.
CHASSEVANT.	LAUNOIS.	TEISSIER.	
DELBET.	LEGUEU.	THIERRY.	

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend point donner aucune approbation ni improbation.

A MM. LES DOCTEURS MOREL-LAVALLÉE

Médecin de l'Hôpital Tenon

GIBOTTEAU ET L'ÉVÊQUE

Hommage sympathique et reconnaissant.

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TILLAUX

Que nous remercions du grand honneur qu'il a bien voulu nous faire
en acceptant la présidence de notre Thèse.

INTRODUCTION

Les psychoses post-opératoires ont été savamment étudiées à la Société de Chirurgie de Paris en 1898 et dans un certain nombre de thèses ou de mémoires parus dans ces dernières années.

Néanmoins, leur histoire est loin d'être définitive et la question n'est pas encore classée.

Le dossier des psychoses post-opératoires est bourré de faits. Mais leur classification est loin d'être nette.

Dans cette étude, nous n'étudierons pas la totalité des faits qui rentrent sous la rubrique que nous avons adoptée. Nous nous efforcerons seulement de mettre en relief quelques points particuliers.

Quelques observations personnelles prises dans le service de M. le Dr Routier nous ont paru présenter un certain intérêt au point de vue de l'évolution clinique de ces psychoses. Nous avons cherché à les rapprocher d'autres observations d'allure analogue et nous en avons tiré quelques conclusions purement cliniques.

HISTORIQUE

Les troubles psychiques post-opératoires semblent peu connus avant le commencement du xix^e siècle.

Sans doute, quelques auteurs paraissent les avoir observés et les mentionnent incidemment. C'est ainsi qu'Ambroise Paré, au xvi^e siècle, recommande de maintenir, avant l'opération, le malade dans un état d'esprit calme « afin d'éviter le délire ou autres mauvais effets ». Mais il n'existe pas de description proprement dite de ces accidents.

Dans la première moitié du xix^e siècle, les descriptions et les observations apparaissent, mais en petit nombre.

En 1804, Schrættger publie, en Allemagne, un ouvrage intitulé : *De morbis animi, præcipue in combinatione vulnerum*.

En 1819, Dupuytren décrit un délire nerveux survenant chez des blessés ou des opérés. Ce délire apparaît chez des sujets non alcooliques, mais nerveux. Dupuytren l'a observé à la suite d'opérations de nature diverse.

Ce délire nerveux est étudié à nouveau par Chaillou dans sa thèse, en 1833.

De 1860 à 1880, les observations commencent à apparaître plus nombreuses et la discussion s'établit.

En 1861, Griesinger publie l'observation d'une hystérique tombée dans une mélancolie profonde à la suite d'une blessure accidentelle de l'œil.

En 1863, Sichel décrit un délire particulier observé sept ou huit fois à la suite des opérations de cataracte.

Lanne, Magne, publient, la même année, des observations analogues.

Courty, en 1865, publie l'observation d'une manie aiguë développée à la suite d'une ovariectomie.

Billroth, en 1868, signale deux cas de délire maniaque survenus après des opérations de rhinoplastie.

En 1875, Davidson publie un cas de manie consécutive à une amputation de cuisse.

La même année, Barwell communique à la Société Clinique de Londres un nouveau cas de manie aiguë consécutif à une ovariectomie. Lawson Tait, Edith, rapportent, à ce propos, un cas de manie et un cas de mélancolie aiguë à la suite de la même opération.

En 1877, paraît la thèse de Festal sur le délire nerveux traumatique.

En 1878, Schmid-Rimpler publie un travail sur une forme particulière de délire post-opératoire survenu après des opérations de cataracte.

En même temps que l'on apporte des observations, on discute la nature du délire post-opératoire. Festal identifie le délire traumatique et le délire alcoolique. Verneuil et Billroth défendent d'abord cette opinion, puis distinguent deux variétés de délire traumatique ou

post-opératoire : l'une avec dépression, l'autre avec excitation, cette dernière seule étant sous la dépendance de l'alcoolisme.

Nous approchons enfin de la grande période chirurgicale. Grâce aux perfectionnements de l'antisepsie, puis à la connaissance de l'asepsie, le domaine de la chirurgie va s'étendre considérablement, les indications opératoires vont se multiplier. Les études sur les psychoses post-opératoires vont devenir de plus en plus nombreuses et importantes.

En 1880, Herm Lossen et Fuernster d'Heidelberg citent un cas de manie survenu à la suite d'une hystérectomie, et Fuernster rapporte un certain nombre de cas de folie consécutive à des opérations sur les yeux ayant abouti à la cécité.

Schnabel, en 1883, publie douze cas de troubles mentaux consécutifs à des opérations de cataracte. Il les attribue à des troubles circulatoires survenant dans des cerveaux atrophies par la sénilité.

En 1885, Barwell publie deux nouveaux cas de folie consécutifs : l'un à une ovariectomie, l'autre à une hystérectomie. Torton, Keth, Dent, signalent des faits analogues à la Société de pathologie de Londres. Mérédith, Bristové, rapportent des cas semblables.

La même année, Landesberg, Kretschmer, rapportent des cas de délire consécutifs à l'opération de la cataracte chez le vieillard.

En 1886, Savage rapporte cinq cas de folie consécutive à des opérations gynécologiques. Il les attribue à l'influence des anesthésiques.

En 1887, Traube relate sept cas de folie consécutive à des opérations chirurgicales.

La même année, Polaillon relate un cas de folie consécutif à une hystérectomie abdominale avec castration.

Bataille signale quelques cas intéressants, dans sa thèse, sur le traumatisme et la névropathie.

M. Charpentier, dans une classification du délire chronique et des idées morbides de persécution, distingue un groupe d'origine traumatique ou chirurgical.

Edward, de New-York, publie un travail sur les psychopathies aiguës à la suite des opérations de gynécologie. Il rapporte dix observations, dont trois personnelles.

Czempin signale cinq cas consécutifs à des opérations sur le rectum ou les organes génitaux.

En 1888, Werth, de Kiel, signale six cas de folie sur 228 opérations gynécologiques. Il attribue ces troubles mentaux au traumatisme opératoire.

Sheperd relève six cas de troubles mentaux consécutifs à des opérations diverses et les attribue surtout au traumatisme opératoire.

Sanger cite, au contraire, deux cas, dans lesquels il incrimine l'iodoforme.

En 1889, les observations se multiplient.

En France, M. Mairet fait, à Montpellier, deux cliniques sur les folies post-opératoires. Il attribue une grande importance aux troubles de la nutrition succédant aux opérations graves. Il admet que les opérations gynécologiques prédisposent particulièrement à

la folie post-opératoire. C'est également l'avis de son élève Denis (Thèse de Montpellier, 1889).

Dufournier met au point la question dans les « Archives générales de médecine. »

A l'étranger, Dent publie cinq observations d'aliénation mentale consécutive à des opérations chirurgicales.

Gaillard Thomas présente à l'Académie de Médecine de New-York un mémoire de vingt-six cas de folie post-opératoire publiés précédemment et auxquels il ajoute six cas personnels. Cette communication provoque une discussion à laquelle prennent part J.-B. Hunter, Nicholes, Paul Mundé, William Polk, Townsend d'Albany, Landon Carter Gray, Alf. Loomis. Ces auteurs apportent douze faits nouveaux et concluent que la chirurgie gynécologique n'expose pas plus aux troubles mentaux que la chirurgie générale. Pour certains, cependant, les perturbations de l'appareil génital peuvent jouer un certain rôle dans la production des accidents. Quant à la cause véritable de ces accidents, elle ne fut pas élucidée; les avis divergèrent.

Raffaello Gucci, la même année, rapporte quatre cas de folie post-opératoire survenue chez des prédisposés.

En 1890, M. Pozzi publie un important travail, dont les conclusions méritent d'être retenues.

« Après l'ovariotomie, dit-il, plus encore qu'après toute autre opération portant sur les organes génitaux de la femme, on a observé l'apparition de troubles cérébraux de la catégorie de la manie aiguë ou de la lypémanie. C'est surtout chez les sujets présentant des antécédents héréditaires que ce fait peut se produire;

mais il peut aussi, dans des cas très exceptionnels, apparaître sans aucune cause connue. On doit toujours, en pareil cas, rechercher avec le plus grand soin, s'il n'y a pas d'alcoolisme ou si l'absorption d'iodoforme n'explique pas les troubles cérébraux. Pour ce qui est des cas analogues observés après des opérations portant sur la vulve, le périnée, le col de l'utérus, la mamelle, il est difficile de se défendre de l'idée qu'on avait affaire à des névropathes, chez lesquelles une circonstance quelconque devait tôt ou tard amener une catastrophe imminente ».

M. Parinand publie, la même année, trois cas de folie post-opératoire après des interventions sur l'œil. Il les attribue à l'occlusion compressive des yeux par le pansement.

M. Valude étudie également le délire à la suite des opérations sur l'œil. Il fait entrer en ligne plusieurs facteurs étiologiques, mais il attribue une importance prépondérante à la prédisposition nerveuse.

A l'étranger, Frankl-Hochwart essaie une classification étiologique basée sur vingt-sept observations.

Calderon admet que le délire consécutif à l'opération de la cataracte n'est autre qu'un délire alcoolique.

En 1891, M. le professeur Le Dentu relate douze cas personnels dans deux importantes leçons cliniques. Ces cas sont reproduits dans la thèse de Vène, de la même année.

En 1892, des faits nouveaux sont apportés par M. le professeur Debove et par M. Rendu à la Société médi-

cale des hôpitaux, par M. Ségond au congrès de Bruxelles.

En 1893, quelques cas sont relatés dans une discussion, à propos des prolapsus utérus, à la Société de chirurgie de Paris.

M. Régis, de Bordeaux, publie un cas de folie chez une prédisposée, à la suite de l'ovariotomie.

Notons encore les travaux de Luys, de Rohé de Baltime, de Ferannini.

En 1894 nous relatons les publications de Van Hassel et de Jacobs, de Bruxelles.

En 1895 paraissent la thèse de Musin à Lille, les travaux de Krœmer et Rudolf Lœwy à l'étranger.

En 1896, paraît la thèse de Seeligmann (Nancy). Dans cette thèse inspirée par M. Weiss, l'auteur accorde une importance prépondérante aux opérations gynécologiques dans la production de ces délirés. Il admet toutefois le rôle considérable de la prédisposition héréditaire ou acquise.

John Wilson dans un travail paru la même année, admet également le rôle de la prédisposition nerveuse.

En 1897, paraît le travail de Simpson et la thèse de Marlier.

En 1898, Cestan publie un travail sur les accidents nerveux au cours de l'empyème et relate différents troubles intellectuels consécutifs aux interventions sur la plèvre.

Cette même année paraissent les thèses de Truelle, de M^{me} Margoliès, de Guyot, à la Faculté de médecine de Paris.

Mais la source la plus importante de documents est fournie par l'importante discussion soulevée à la Société de Chirurgie de Paris par les communications de MM. Picqué et Briand (2 mars 1898). La plupart des chirurgiens des hôpitaux apportèrent des faits personnels et donnèrent leur opinion. Nous citerons surtout les communications de MM. Walther, Richelot, Reynier, Monod, Segond, Lucas-Championnière, Routier, Hartmann, Potherat, Tuffier, Poirier, Bouilly, Ollier, Gérard-Marchant, Le Dentu, Berger.

M. Picqué, dans la séance du 25 mai 1898 résume ainsi les résultats de la discussion :

1^o Chez les malades qui se présentent au chirurgien, il faut tout d'abord distinguer les fous véritables, qui le sont au moment où ils le consultent et qui ne viennent solliciter les secours de la chirurgie que sous l'empire d'idées délirantes ou obsédantes.

Si on les opère, ils présentent après l'opération des interprétations délirantes comme ils en ont présenté avant.

2^o En dehors de cette catégorie de malades, qui ne peuvent rentrer dans le cadre des psychoses post-opératoires, il existe toute une classe de sujets qui ne présentent aucun délire au moment de l'opération, mais qui sont cependant susceptibles de délirer plus ou moins longtemps après.

Ce sont ces délires qui constituent réellement le domaine des psychoses post-opératoires.

On doit en séparer les délires par intoxication et les délires septicémiques.

Les véritables délires post-opératoires ne sont pas provoqués plus spécialement par les opérations gynécologiques. Les interventions pratiquées dans toutes les régions peuvent provoquer des psychoses.

La plupart des malades qui en sont atteints sont pour la plupart, ou d'anciens aliénés, ou des prédisposés par voie héréditaire.

La prédisposition héréditaire toutefois, quelle que soit son importance, ne constitue que le terrain ; la cause dominante doit être envisagée à part et, bien qu'elle ait besoin de la prédisposition, pour produire son effet utile, elle tient une grande place dans l'histoire de la psychose.

Les causes déterminantes sont multiples : il faut signaler la frayeur opératoire provoquée par l'entourage et souvent par les médecins (Segond), la sidération de certains malades par la peur (Berger), le changement d'habitudes (Gérard-Marchant), le chagrin causé par la perte d'un organe.

A la suite de cette importante discussion la question fut de nouveau examinée au Congrès des médecins aliénistes et neurologistes tenu à Angers du 2 au 6 août 1898.

Enfin en 1899 parut à Bordeaux la thèse de Meyssan sur les psychoses traumatiques qui ont des relations étroites avec notre sujet.

DEFINITION. ÉTIOLOGIE

Ainsi que le montre l'histoire de la question, les discussions au sujet de la nature et de l'étiologie des psychoses post-opératoires ont été nombreuses et ardues. Les circonstances dans lesquelles surviennent ces accidents sont en effet le plus souvent complexes et il est bien difficile de décider quel est le facteur étiologique actif au milieu du grand nombre d'éléments qui jouissent d'une action possible et légitime.

La définition même de la psychose post-opératoire est difficile à établir.

Un individu qui à diverses reprises a présenté des signes non douteux d'aliénation mentale subit une opération chirurgicale. L'équilibre instable dans lequel vivait la pensée du malade est rompu. La folie qui avait subi une interruption plus ou moins longue réapparaît. Que l'on fasse intervenir un facteur ou un autre, le traumatisme, l'émotion, l'intoxication, l'infection, peu importe. L'opération a été l'agent de déclenchement qui a ouvert la porte à la folie, mais la moindre circonstance eut pu agir de même et on ne doit considé-

rer ici le traumatisme chirurgical que comme une action banale. Il importe peu de l'analyser et de l'étiqueter.

Voici un fait typique, facile à classer et ce n'est pas lui qui aurait soulevé la discussion. Mais mérite-t-il vraiment le nom de psychose post-opératoire ?

Voici maintenant un deuxième cas. Un malade, homme ou femme, névropathe héréditaire ou acquis, ayant même parfois présenté des accès passagers de manie, subit une opération légitime et quelconque. Les suites opératoires sont bonnes. Le malade guérit sans complications. Une fois la guérison accomplie, un mois, deux mois, trois mois après, des idées vésaniques apparaissent, le malade doit être interné dans une maison de santé. Est-il légitime de mettre sur le compte de l'opération ce délire tardif et peut-on appeler cette psychose post-opératoire ? Nous ne le croyons pas, rien ne le démontre et il n'est rien qui établisse la relation entre l'opération et le trouble mental. Pourquoi ne pas admettre aussi bien une simple coïncidence.

Nous croyons qu'il est nécessaire de limiter la qualification de psychose post-opératoire aux troubles mentaux qui paraissent liés directement à l'acte opératoire lui-même, c'est-à-dire au traumatisme avec son cortège d'émotions, de souffrances physiques et avec les modifications qu'il apporte momentanément à la vie organique du sujet.

Pour qu'une telle relation soit apparente, il faudra nécessairement que la chaîne qui relie l'opération et la psychose n'ait pas été rompue, que le trouble psychi-

que apparaisse pendant la période d'influence probable de l'acte opératoire.

A notre avis, les psychoses post-opératoires devront donc apparaître d'une manière relativement précoce par rapport à l'opération, et sans nier que des psychoses post-opératoires tardives puissent exister, nous croyons n'avoir aucun moyen de contrôle pour les affirmer.

Parmi les psychoses qui suivent de près l'opération, des éliminations sont encore nécessaires.

Certains délires post-opératoires sont des délires infectieux. Peut-être peuvent-ils survenir avec une suppuration locale sans infection générale. Mais le plus souvent ils accompagnent les infections généralisées. Ils sont alors analogues, au point de vue pathogénique du moins, aux délires que l'on rencontre au cours des diverses maladies infectieuses. Que le traumatisme crée un terrain spécial, qu'il cause un affaiblissement considérable propice aux manifestations délirantes cela est fort possible. Les émotions, la douleur peuvent également y contribuer. Mais le rôle principal semble revenir à l'infection.

Nous relatons ci-dessous deux observations de délire survenu dans ces conditions.

OBSERVATION I (*résumée*).

Monod. *Société de Chirurgie*, 30 mars 1898.

Dans ce cas il s'agit d'un homme, palefrenier, âgé de 36 ans. Il était exempt de toute tare éthylique.

Je dus lui faire une amputation de cuisse, pour une fracture compliquée de la jambe, avec infection du foyer de fracture.

La réunion de la plaie opératoire eut lieu par première intention et, malgré cela, ce malade présenta pendant plus d'un mois des symptômes nerveux assez variés : délire, amnésie, troubles du langage, hallucinations, etc., etc. S'agissait-il là d'un délire septicémique, dû à l'infection préopératoire ? Je ne saurais l'affirmer, mais pour ma part, je dois avouer qu'ayant vu autrefois des septicémies, je n'ai jamais observé en pareil cas de tels troubles nerveux.

OBSERVATION II. (*résumée*)

Guyot (Thèse de Paris).

J. L..., 30 ans, terrassier. Necker le 11 mai 1896, dans le service de M. Le Dentu, lit 17, salle Malgaigne.

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Antécédents personnels. — Aucune maladie antérieure. Cet homme ne présente aucun des signes communs d'éthylisme. Il boit cependant un peu, de temps à autre, mais assez modérément.

Histoire actuelle. — Ce matin en conduisant ses chevaux attelés à un camion, il fait un faux pas sur un cailloux, tombe et se trouve pris sous l'une des roues du camion qui lui comprime le flanc gauche, le flanc droit appuyant sur le bord du trottoir.

Le lendemain de son entrée, en examinant ce malade on constate

une fracture des deux dernières côtes gauches. Douleurs très vives généralisées à tout l'abdomen. Contraction considérable des muscles de la paroi empêchant de rien sentir au-dessous et donnant la sensation d'un ventre de bois. Le malade n'urine pas spontanément. On le sonde sans difficulté et le cathétérisme ramène de l'urine sanglante.

On songe à la possibilité d'une contusion du rein, mais on fait des réserves sur l'état des autres viscères abdominaux. Toutefois, le malade n'a ni nausées ni vomissements. Il se plaint des reins, du ventre et des jambes.

Le 13 au matin en présence de l'état général grave et de la vive douleur abdominale avec anxiété et urines sanglantes, le pouls étant d'ailleurs à 120 par minute, très dépressible, M. Le Dentu juge l'intervention urgente.

Anesthésie à l'éther.

Incision médiane. La vessie est rompue verticalement sur sa face antérieure depuis son sommet jusqu'à un demi-centimètre du col environ. Les parois de la vessie étaient rétractés et profondément retirés dans le bassin. Leur infiltration les avaient rendues si friables que l'on dut renoncer à tenter une suture de la vessie. Le pouls du malade était devenu excessivement faible, il fallait rapidement terminer l'opération. Deux points de suture, un de chaque côté fixent en haut les bords de la rupture vésicale le mieux possible aux lèvres de la plaie opératoire.

Les décollements latéraux sont bourrés de gaze iodoformée et un drain faisant siphon dans un récipient est placé dans ce qui reste de cavité vésicale. Quelques points de suture sont pratiqués pour rétrécir en haut la plaie cutanée et éviter l'éventration.

14 juin. — Le pouls est moins rapide, 120 au lieu de 132 que l'on comptait la veille. Etat mental excellent.

16 juin. — Pansement, suppuration assez abondante ; odeur ammoniacale très prononcée ; cependant la sonde à demeure fonctionne bien. Lavages boriqués. L'état général est meilleur, mais le malade est très pâle. Le pouls et la respiration sont moins fréquents. Pansement et lavage chaque jour. Mais avant cette intervention, le malade présente du délire.

Chez lui, le délire prend une forme dépressive; c'est un délire triste avec idées de persécution. Le malade parle bas ou à mi voix. Il marmotte entre ses dents des phrases le plus souvent incohérentes et même privées de sens, ou bien il dit qu'on veut le faire souffrir et le martyriser. Il essaie d'enlever sa sonde urétrale; mais il la laisse remettre avec soumission quand on lui parle d'un ton autoritaire. Il laisse faire avec calme tout ce que l'on ordonne et prend alors une expression triste et résignée. L'appétit est diminué; teint cachectique; amaigrissement progressif.

Le malade veut s'habiller pour partir, prétendant qu'on lui en veut et qu'on le persécute à l'hôpital. Lorsqu'il est surpris en train de mettre ses vêtements, il devient craintif et tremblant; il s'efforce de prouver qu'il n'a pas mauvaise intention, s'excuse comme un enfant qui craint une remontrance.

Parfois, revenant à sa profession, il s'adresse à ses chevaux pour les exciter à tirer, ou bien il croit parler à un malade imaginaire auquel il donne des conseils.

Chez ce malade le délire a donc deux caractères persistants: le délire professionnel et les idées de persécution.

A partir du 15 juin le délire a disparu, la plaie s'est rapidement rétrécie et actuellement il ne reste que la place occupée par le drain. L'appétit est revenu, le faciès est meilleur. Le malade est gai, raisonne bien, il reconnaît parfaitement tous les gens du service. Quelque temps après le malade quitte le service complètement guéri.

Dans un deuxième ordre de faits rentrent les psychoses par intoxication.

Elles surviennent soit sous l'influence des intoxications médicamenteuses, soit à la suite d'auto-intoxications.

Parmi les intoxications médicamenteuses pouvant

donner lieu à des psychoses, on a tout d'abord incriminé les anesthésiques et en particulier le chloroforme.

Mais ces agents agiraient alors d'une manière tout à fait différente des autres toxiques. Comme le fait remarquer M. le Professeur Joffroy, une intoxication aiguë et non répétée, même par l'alcool ne saurait engendrer de perturbation prolongée comme on en rencontre dans les observations rapportées à ce sujet. D'ailleurs le début de la psychose survient à une date assez variable par rapport à l'anesthésie et souvent quand l'agent anesthésique est complètement éliminé de l'organisme.

Ces psychoses post-anesthésiques ont donc une existence très douteuse. Existeraient-elles d'ailleurs, elles constitueraient un fait à côté des psychoses post-opératoires proprement dites et pourraient s'observer en dehors de toute opération.

S'il est permis de douter des psychoses post-anesthésiques, l'existence d'un délire survenant sous l'influence d'antiseptiques et en particulier de l'iodoforme paraît au contraire des mieux établies.

M. le Professeur Berger a donné en 1883 une importante description des phénomènes d'intoxication causés par l'absorption de l'iodoforme au niveau des plaies.

Ces phénomènes peuvent être rangés sous trois chefs :

1° Inappétence et dégoût des aliments avec saveur d'iodoforme dans la bouche.

2° Petitesse extrême et fréquence du pouls indépendamment de toute élévation de température et sans mauvais aspect de la plaie.

3^e Agitation et insomnie. Troubles mentaux pouvant affecter soit une forme légère dépressive et automatique, soit une forme grave avec hallucinations, délire, céphalée persistante, prédominance nocturne des phénomènes, parfois pouls filiforme, gâtisme, collapsus et mort. Enfin, fait capital, les accidents doivent céder immédiatement ou rapidement après la suppression du pansement iodoformé.

Mais les faits ne sont pas toujours conformes à ce type, l'intoxication par l'iodoforme est extrêmement irrégulière dans ses allures et dans son mode d'apparition. Il faut tenir compte de la susceptibilité particulière du sujet à l'égard de l'iodoforme, il faut tenir compte aussi, comme le fait remarquer M. le Professeur Berger, de la prédisposition nerveuse du malade.

Nous empruntons à la thèse de Guyot une observation assez typique de délire iodoformique. Ce délire, qui débute vingt-quatre heures environ après l'opération, commence à diminuer aussitôt après la suppression du tamponnement iodoformé et disparaît complètement et définitivement au bout de huit jours. Le sujet ne présente pas de signes de prédisposition nerveuse.

OBSERVATION III

(*In thèse Guyot*)

P..., âgé de 26 ans. Pas d'antécédents héréditaires à noter. En particulier aucune tare nerveuse chez les ascendants ou les collatéraux. Ce jeune homme a toujours été bien portant, et n'a lui-même

aucun des stigmates de dégénérescence. Il est robuste, bien conformé, et n'a rien de ce qu'on appelle un nerveux. Son caractère est très égal, plutôt calme et pondéré, peu impressionnable. Jamais en aucune circonstance il n'a présenté de délire ou des troubles mentaux d'aucune sorte.

L'an dernier après avoir présenté des symptômes de suppuration hépatique, affection diagnostiquée d'ailleurs par M. le Docteur Vautrin, à Nancy, il est opéré par ce chirurgien. — Vaste cavité abcédée, on évacue le pus et on bourre la poche, qui est très considérable, avec un paquet de gaze iodoformée. — Au réveil, après anesthésie au chloroforme, le malade revient parfaitement à lui et cause d'une façon très sensée. Il n'a aucun trouble mental.

Dans la nuit un peu de délire.

Le lendemain matin, le malade présente des idées délirantes ; il s'agit d'un délire tranquille et doux. On note des hallucinations de la vue et de l'ouïe. Ce jeune homme voit des ouvriers travaillant près de lui ; il ne reconnaît aucune des personnes qui l'approchent, même pas les membres de sa famille ; il exprime des idées incohérentes, mais sans délire de persécution.

M. Vautrin, en raison des dimensions de la poche suppurée et de la grande quantité de gaze iodoformée employée pour le tamponnement de cette cavité, pense à des manifestations d'intoxication iodoformique. Le deuxième jour, le délire persistant, on retire la gaze iodoformée et on tamponne avec de la gaze boriquée.

Les idées délirantes s'atténuent peu à peu et en moins de huit jours tout trouble mental avait disparu.

Depuis cette époque, malgré une suppuration prolongée ayant nécessité le port de drains pendant plusieurs mois, aucun trouble intellectuel ne s'est développé.

Aujourd'hui, le malade complètement remis, a repris sa vie ordinaire ; il n'a aucune manifestation nerveuse ni psychique.

Nous arrivons à la deuxième classe de psychoses

toxiques, les psychoses par auto-intoxication. Nous n'envisagerons que la variété d'auto-intoxication post-opératoire la plus nette, celle qui est liée à la suppression des organes à sécrétion interne. Les principaux de ces organes sont le corps thyroïde, les ovaires et les testicules. De nombreux travaux ont démontré l'importance de ces sécrétions internes, nous ne nous y arrêterons pas ici.

Là relation entre l'opération et la psychose peut certes être légitimement invoquée dans des cas de ce genre. Mais encore pourra-t-on discuter sur l'épithète à adopter pour la psychose consécutive.

La cause de la psychose est moins l'opération, le traumatisme chirurgical lui-même, que la disparition de l'organe utile. La psychose en un mot n'est qu'indirectement le résultat de l'opération. Un processus pathologique pourrait à la rigueur agir de même, s'il arrivait à détruire entièrement l'organe à sécrétion interne.

Nous croyons donc qu'ici encore, comme dans les autres psychoses par intoxication, il ne peut être question de psychose post-opératoire à proprement parler.

Nous relaterons seulement deux cas de cette variété de psychoses rangées par certains auteurs sous le nom de psychoses post-opératoires.

OBSERVATION IV

(Ch. Monod. *Bull. de la Soc. de Chir.* 30 mars 1898)

**Hystérectomie abdominale pour fibrome. Six mois plus tard,
folie (délire de persécution).**

Il s'agit d'une femme de 49 ans, à qui j'ai enlevé, en février dernier (1897), à Saint-Antoine, par hystérectomie abdominale totale, un volumineux fibrome.

Cette dame avait déjà été opérée par moi, en ville, onze ans auparavant, pour un fibrome intra-utérin, extrait par les voies naturelles après débridement du col.

Elle était, à cette époque, parfaitement saine d'esprit; et l'opération subie n'avait été suivie d'aucun trouble. Bien au contraire, grâce à la cessation des hémorrhagies abondantes dont elle souffrait, sa santé générale s'était améliorée.

Mais depuis lors, elle avait perdu son mari; elle restait seule au monde. Il paraît qu'elle avait eu aussi quelques revers de fortune.

Rien cependant n'attirait l'attention sur son état psychique. Son médecin ordinaire, le Docteur Rémond, qui avait assisté à la première opération et m'adressait à nouveau la malade, qui par conséquent la connaissait et la suivait depuis longtemps, m'écrivait dernièrement que jamais ni chez elle, ni dans sa famille, on n'avait jamais rien constaté qui relevât de l'aliénation mentale.

Je dois dire cependant que pendant son séjour à l'hôpital elle nous avait paru particulièrement excitable et par moments presque violente. Elle redoutait beaucoup l'opération qu'elle devait subir. Au moment d'y procéder, elle fut prise d'une telle agitation que je déclarai renoncer à l'intervention et quittai la chambre.

Elle me fit rappeler au bout de quelques instants, me demandant pardon et se laissa endormir sans autre protestation.

Plus tard, pendant la convalescence, elle se montra souvent difficile, aisément mécontente de tout et de tous. De plus, à peu près

complètement guérie, elle allait trouver les malades voisines du pavillon, qu'elle savait sur le point d'être opérées, les effrayait, leur disait qu'elle avait eu bien de la chance de « n'y être pas restée », qu'il n'en serait sans doute pas de même pour les autres, et les poussait à quitter l'hôpital. Si bien que je dus hâter son propre départ.

Je l'avais depuis lors perdue de vue, lorsqu'en novembre dernier (1897), elle arrive chez moi, l'air sombre, égaré. Ses premiers mots furent : « Voyons, qu'est-ce qu'il y a donc ? on a changé votre domestique » ; elle me laissait entendre que je lui avais tendu quelque piège. Elle me parla aussitôt d'ennemis imaginaires qui la poursuivent, des dangers qu'elle court dans la rue, des embarras de voitures que l'on crée à plaisir devant elle pour l'empêcher d'avancer, tout cela mêlé à la crainte d'être impliquée dans l'affaire Dreyfus qui commençait alors à agiter les esprits.

Bref elle était évidemment en proie au délire de la persécution.

Deux mois plus tard, elle revenait, plus calme, mais non moins délirante. Elle semblait profondément malheureuse et se mit à pleurer ; me supplia de venir à son secours, et quand je lui demandai à quel sujet, ne me répondit que par des soupirs. Elle a, de plus, de véritables divagations : elle nie avoir été opérée, ou du moins ne croit pas l'avoir été par moi ; affirme que son mari n'est pas mort, qu'on le lui cache et qu'elle saura bien le retrouver, etc.

J'ai su depuis que cet état datait du mois d'octobre 1897. La malade avait été prise aux magasins du Louvre d'une crise de kleptomanie. Arrêtée, conduite au poste, elle avait été presque aussitôt relâchée, après informations recueillies chez elle. Elle racontait plus tard n'avoir commis ce vol que pour se venger du magasin, qui lui avait manqué une robe ! preuve d'un esprit dérangé. Ensuite est venu le délire de persécution dont je vous ai parlé, qui dure encore mais qui semble, aux dernières nouvelles reçues, en voie de diminution.

OBSERVATION V

(In thèse de Truelle)

Mme B..., concierge, âgée de 48 ans, entre pour la première fois à l'asile Sainte-Anne, le 22 décembre 1897; un médecin de la ville avait établi le certificat suivant :

Accidents cérébraux (folie des grandeurs) consécutifs à une opération (extirpation d'un kyste ovarien) couronnée de succès, faite à l'hôpital Lariboisière.

Antécédents héréditaires. — Mère morte quand la malade avait six mois, de cause inconnue; n'aurait pas présenté de troubles mentaux. Père mort à 72 ans; s'est remarié après la mort de sa première femme; *il buvait et s'enivrait fréquemment.*

Un frère parti en Amérique et sur lequel nous n'avons pu avoir de renseignements.

Un second frère, *nerveux*, bizarre d'humeur, excentrique.

Un autre frère, qui a disparu depuis une douzaine d'années, sans avoir jamais donné de ses nouvelles. D'abord clerc de notaire, il a entrepris ensuite divers métiers, dont il n'a pu faire réussir aucun.

Une sœur mariée, robuste, qui ne paraît pas avoir de troubles mentaux.

Antécédents personnels. — Notre malade, qui est la cinquième de ces enfants, a été réglée à 15 ans, ses menstrues arrivaient toujours avec une avance d'un à deux jours. Elle ne peut nous donner de renseignements précis sur son enfance; elle aurait reçu une certaine instruction, qu'elle exagère, du reste, sans trop de difficultés. Elle n'a jamais fait aucune maladie.

De tout temps, elle-même l'avoue, et son mari le confirme, elle a été *impressionnable, peureuse, émotive* : lorsqu'il lui fallait traverser une place ou une rue encombrée de voitures, elle n'osait le faire et préférerait s'exposer à un détour quelquefois long. Elle n'avait cependant pas alors d'angoisse, affirme-t-elle. Elle s'emportait volontiers, *se mettait facilement en colère*, mais cela ne durait pas. Ménopause

à 46 ans, sans aucune manifestation morbide physique ou mentale. C'est à cette époque pourtant qu'elle a commencé à s'apercevoir que son ventre grossissait; bientôt apparurent des métrorragies abondantes qui durèrent pendant dix-sept mois, jusqu'à son entrée à l'hôpital, c'est-à-dire jusqu'au 18 octobre 1897.

Elle s'était fait admettre à Lariboisière, sans soupçonner qu'il fût nécessaire de pratiquer une opération sérieuse, croyant qu'il s'agissait d'une poche où les règles s'étaient accumulées, et qu'il allait suffire d'une simple ponction pour évacuer ce qu'elle pensait être une collection sanguine. Aussi fut-elle effrayée lorsqu'on décida de l'opérer.

Néanmoins, l'opération que l'on pratiqua le 24 octobre réussit sans complication. Endormie au chloroforme sans difficulté. Mme B... se réveilla au bout d'une heure et demie; n'eut ni vomissements, ni agitation consécutive. Laparotomie médiane. ponction et exirpation d'un kyste parovarien uniloculaire du côté droit; ablation des deux ovaires : sutures, pansement au stérésol. Au neuvième jour, on enlève les fils et on panse à la gaze salolée; pas de fièvre, pas de suppuration; mais, vu l'état général d'affaiblissement de la malade, on lui donne, pendant la première semaine, deux verres de champagne et un pot de thé au rhum par jour; dans les trois premiers jours qui suivirent l'intervention, on pratiqua, en outre, des injections intramusculaires de sérum artificiel (5 à 600 grammes par jour).

Au bout de quatre semaines, on l'envoie en convalescence au Vésinet, le 3 décembre. Là, elle reste calme jusqu'au 14 du même mois; à ce moment, elle commence à laisser percer quelques idées vagues de persécution; les autres malades se moquent d'elle, on la fait coucher dans des draps qui ont servi à tout le monde, on dit qu'elle est anémique, qu'elle n'en reviendra pas. Elle tombe peu à peu dans la dépression mélancolique, s'afflige, se lamente, ne dort plus, refuse de manger; ramenée le 17 décembre à Lariboisière, elle y reste deux jours, puis est reprise par son mari. Là, elle ne tarde pas à s'exciter, devient loquace, a des illusions de la vue : le ciel étant, un soir, couvert de rougeur, elle croit que c'est un incendie et s'effraye. Au milieu de cela, quelques idées, sans suite, de grandeur : elle est très riche, écrit mieux que personne, elle est très savante.

Le 22, son mari doit la conduire à Sainte-Anne, d'où elle est envoyée immédiatement à l'asile de Ville-Evrard. Son exaltation, légère d'ailleurs, persiste une quinzaine de jours, avec le même caractère d'incchérance, des illusions fugaces de l'ouïe et de la vue, des bouffées ambitieuses, suivies de périodes de dépression avec idées confuses de persécution : on la regarde d'un mauvais œil, on cherche à lui créer des ennuis.

Peu à peu, tout cela disparaît; l'état général, qui était très affaibli, se remonte, et actuellement la malade semble revenue à son état normal (janvier 1898). Elle raconte volontiers son histoire, mais d'une façon un peu enfantine ; elle paraît très satisfaite d'elle-même, dont elle aime à parler volontiers, rit à ses bons mots, détaille avec complaisance les services qu'elle rend à l'asile ; somme toute, légère note de débilité mentale.

Légère asymétrie faciale, lobules des oreilles adhérents, implantations vicieuses des dents.

Il s'agit donc ici à n'en pas douter d'une dégénérée, la forme même de son délire rappelle de tous points ceux qu'on observe volontiers chez cette catégorie d'individus.

Ces diverses variétés de psychoses étant éliminées, nous restons en présence des psychoses qui paraissent directement liées à l'acte opératoire.

Leur définition est difficile à préciser. Elle résulte toutefois de l'élimination que nous avons faite dans les pages précédentes.

Nous croyons qu'il faut ranger sous cette dénomination les troubles psychiques survenant chez des sujets non aliénés, dans la période d'influence probable de l'opération, en dehors de toute infection ou intoxication,

ou tout au moins, sans rapport apparent avec ces dernières.

En abordant l'étude de ces psychoses un certain nombre de questions se posent dont plusieurs sont difficiles à résoudre.

Tout d'abord, quelles sont leurs causes prédisposantes ? La question a pu être discutée. Elle ne l'est plus actuellement. Tout le monde admet qu'elles surviennent chez des prédisposés, chez des nerveux acquis ou héréditaires. Cela est au moins évident pour la majorité des cas. Nombre d'observations cependant ne mentionnent pas de trace de prédispositions nerveuse apparente. Elles ont été mal prises ou les malades ont cédé la vérité, affirment certains auteurs, dont la formule est : « Pas de psychose post-opératoire sans prédisposition antérieure ». Nous ne discuterons pas ce point. Il peut toujours exister des inconnues dans un problème de ce genre. Il est déjà très intéressant de savoir que le plus souvent les antécédents nerveux existent, de toute évidence.

Quelles sont les causes déterminantes ? La question est beaucoup plus ardue. Le fait, c'est que des psychoses surviennent relativement assez souvent après des opérations. L'interprétation n'a que le choix entre les hypothèses.

D'une manière générale nous croyons néanmoins qu'il faut surtout incriminer le traumatisme lui-même et les modifications transitoires qu'il apporte à l'organisme, la frayeur causée par l'opération, les impressions

pénibles qui la suivent, parfois le chagrin causé par la perte d'un organe.

Quelle est la fréquence de ces psychoses? Elles ne sont certes pas rares d'une manière absolue. Mais si l'on tient compte du nombre considérable d'opérations effectuées chaque année dans un service de clinique actif, on s'aperçoit que leur fréquence est relativement faible. Sur 92 opérations gynécologiques, M. Segond ne note que 3 fois des troubles mentaux.

Sur 300 opérations diverses Werth, de Kiel, signale six fois des troubles mentaux.

Sur 7 à 800 opérations, Weiss, de Nancy, ne signale que sept cas de délire.

Certaines opérations les occasionnent-elles de préférence? On a prétendu que les opérations gynécologiques, les opérations sur l'œil, les occasionnaient avec une fréquence plus grande.

Mais il faut tenir compte des malades sur lesquels ces opérations sont pratiquées. Les malades gynécologiques sont fréquemment des nerveuses héréditaires ou acquises. Les opérés de cataractes sont fréquemment des vieillards à mentalité affaiblie, à circulation cérébrale défectueuse.

Somme toute on peut conclure de la discussion de la Société de Chirurgie de 1898 que les opérations gynécologiques ne semblent pas devoir être particulièrement incriminées.

ETUDE CLINIQUE

La symptomatologie des psychoses post-opératoires est très difficile à établir. Rien n'en est en effet plus variable que leurs caractères cliniques et on observe toutes les variétés de délire : exaltation, dépression, idées de persécution, idées ambitieuses, hallucinations, illusions, etc.

Meyssan a essayé une classification symptomatique des psychoses traumatiques, et il distingue quatre degrés :

1° Troubles psychiques purement élémentaires, modification du caractère et de l'humeur, obtusion mentale, amnésie, altération du sommeil, phénomènes névropathiques servant de transition entre les névroses et les psychoses traumatiques proprement dites.

2° Délire de rêve limité à la nuit ou se prolongeant le jour.

3° Délire aigu, agité ou stupide.

4° Psychose asthénique à échéance plus ou moins éloignée et caractérisée par un état plus ou moins voisin de la démence paralytique.

Truelle rapproche le délire des psychoses post-opératoires du délire des dégénérés. « Dans les états d'exaltation, dit-il, ce n'est jamais à la manie franche que l'on a affaire, pas plus que dans les états de dépression à la mélancolie typique, mais à ces états alternants d'excitation et de dépression avec mélange d'hallucinations et d'idées de persécution, mobiles, fugaces, rarement systématisées et qu'en tout cas le malade ne poursuit pas et ne défend pas d'une logique imperturbable, et qui, ultérieurement n'évoluent pas ».

Certains auteurs ont prétendu que la mélancolie était plus fréquente dans les troubles psychiques consécutifs aux opérations gynécologiques. Cela tiendrait, d'après Truelle, à la plus grande fréquence de la forme mélancolique chez la femme, d'une manière générale en aliénation mentale.

L'étude de la marche des psychoses post-opératoires a été négligée par la plupart des auteurs qui ont étudié la question. La notion d'irrégularité est pour eux la seule appréciable.

En étudiant les observations publiées à ce sujet, nous avons cru cependant remarquer que les psychoses de certains groupes avaient le plus souvent une allure assez spécial.

Les psychoses survenant chez des aliénés vrais, ayant vu renaître ou empirer leur folie sous l'influence d'une opération, nous ont paru en effet échapper à toute règle au point de vue de l'évolution des accidents. Le plus souvent toutefois les troubles mentaux sont durables.

Les troubles psychiques survenant d'une manière tardive après l'opération nous ont paru également très tenaces, d'une manière générale.

Les psychoses d'origine infectieuse ou toxique cèdent généralement avec la cause qui les a produites ou assez peu de temps après la suppression de cette cause.

Nous voulons insister surtout sur la marche des psychoses post-opératoires vraies, survenant chez des sujets à prédisposition nerveuse mais non aliénés et s'établissant d'une manière précoce après l'opération.

En parcourant les cas de ce genre publiés jusqu'alors, nous avons remarqué qu'ils guérissaient souvent sans laisser de traces au bout d'un temps assez court, variant le plus souvent entre un ou deux mois.

Enfin nous croyons pouvoir signaler une particularité observée dans quelques cas d'une manière très nette. Dans un cas rapporté par M. Hartmann et dans deux observations personnelles recueillies dans le service de M. Routier, la psychose a persisté pendant toute la durée du séjour des malades à l'hôpital et a cédé subitement dès que ces malades ont été rendus à leur famille.

OBSERVATION IV (*personnelle*).

Mme C..., âgée de 36 ans, entre le 15 janvier 1900, salle Fouché, n° 10, dans le service du D^r Routier, à l'hôpital Necker.

Cette malade ne présente pas dans ses antécédents héréditaires de tare nerveuse. On ne connaît pas d'aliénés dans sa famille.

Rien de particulier au point de vue nerveux dans ses antécédents personnels.

Elle n'a jamais eu de crise de nerfs. Toutefois, elle est un peu irritable à de certaines périodes.

Cette malade souffre du ventre depuis un accouchement qui date de deux ans. Jusque-là elle était régulièrement réglée et ne perdait pas en blanc. Elle jouissait même d'une bonne santé remarquable.

Depuis son accouchement, des pertes blanches ont apparues. Les règles sont devenues douloureuses. La malade se plaint de fréquentes douleurs dans la région hypogastrique, dans la région lombaire. Elle digère plus difficilement qu'auparavant. Depuis un mois environ la situation ne fait qu'empirer, les douleurs du ventre sont devenues très intenses. La malade entre à l'hôpital.

A l'examen on constate la présence de deux grosses poches annexielles très douloureuses au toucher.

Le 18 janvier 1900 M. Routier pratique une hystérectomie abdominale totale chez cette malade. Drainage vaginal (drains et mèches stérilisés). Suture de la paroi abdominale.

Les suites opératoires sont parfaites. Ablation des fils au douzième jour. Pas d'élévation de la température.

Mais dès le lendemain de l'opération la malade présente des troubles mentaux très accentués. Elle pousse des cris, se débat, cherche à se lever, ne reconnaît pas les personnes qui l'approchent.

Les jours suivants le délire ne fait qu'augmenter. La malade est très excitée. Elle cherche à frapper les infirmiers qui l'approchent et on est obligé de lui attacher les bras et les jambes, de laisser auprès d'elle une garde jour et nuit.

L'état général reste cependant parfait. Le pouls est bon. La langue est humide. La température est normale.

Malgré tous les troubles mentaux persistent, sauf l'excitation des premiers jours qui disparaît rapidement.

La malade ne reconnaît pas les siens, prononce des phrases sans suite.

Le 25 février la malade est dans le même état. On la rend à sa famille.

Dès le lendemain tous les troubles mentaux cessent brusquement,

Depuis ce temps la malade a repris complètement conscience de ce qui l'entoure. Elle a simplement oublié ce qui s'est passé pendant la période de délire.

OBSERVATION VII (*personnelle*).

Mme L..., âgée de 38 ans, journalière, entre le 21 mars, salle Fouché, n° 9, dans le service de M. Routier, à Necker.

Antécédents héréditaires. — Pas de folie chez les parents. Pas d'alcoolisme.

Antécédents personnels. — Pas de phénomènes nerveux dans les antécédents. Régée à 12 ans. A eu deux enfants bien portants. Le dernier accouchement remonte à 19 ans. Depuis ce temps elle a d'abondantes pertes blanches et n'a jamais cessé de souffrir du ventre. Le médecin qui la soigne porte le diagnostic de métrite. Il y a trois semaines, elle est prise brusquement d'une violente douleur dans le bas ventre. Le ventre devient ballonné et dur. Le lendemain elle est prise de vomissements, jaunes verdâtres, glaireux, bilieux.

Les douleurs irradient dans la région lombaire.

En même temps la malade est constipée. Elle ne peut aller à la selle que grâce à des lavements.

Après une accalmie de quelques jours une seconde crise survient, mais moins forte que la précédente.

A l'entrée à l'hôpital le faciès est pâle, les yeux cerclés de noir, le nez légèrement pincé. La langue est saburrale mais humide.

Le ventre est un peu ballonné. Au toucher on constate une masse assez volumineuse et douloureuse dans le cul-de-sac droit. À gauche on constate également la présence d'une massé dans le cul-de-sac mais elle est moins volumineuse.

Le 29 mars 1900, M. Routier pratique une hystérectomie totale pour pyosalpinx double avec drainage vaginal et abdominal à l'aide de mèches stérilisées.

Les suites opératoires sont bonnes. Ablation des mèches abdomi-

nales et des crins le dixième jour. Le poulx reste parfait. Pas d'élévation de la température. Les drains tombent spontanément le huitième jour. Les mèches vaginales sont retirées le quinzième jour.

Cependant dès le deuxième jour la malade est prise d'un délire tranquille. Elle demande quand on va finir de la tuer, déclare qu'elle n'a pas l'argent pour payer son opération, que son mari en apportera. Elle mange volontiers, se laisse soigner et ne cherche nullement à se lever.

Les jours suivants son délire persiste. Il est surtout caractérisé par des idées de persécution. On doit la tuer et elle attend tranquillement le moment de sa mort. Elle craint, malgré les assurances qu'on lui répète, qu'elle va avoir à payer une somme énorme pour son opération.

Le 23 avril elle se lève en parfait état, mais les troubles mentaux persistent.

La malade est rendue à sa famille le 3 mai, toujours délirante.

Dès sa rentrée chez elle, la malade reprend conscience et les idées délirantes disparaissent. Elle est revenue depuis à plusieurs reprises. Elle est en parfait état mental et se souvient que pendant une certaine période elle a eu une certaine confusion dans les idées.

OBSERVATION VIII (résumée)

Hartmann. — *Société de Chirurgie*, 20 avril 1898.

Le 14 juin 1885 entrain dans le service de M. Guyon à l'hôpital Necker, salle Sainte-Cécile, n° 7, une malade âgée de 44 ans, porteuse d'une hernie crurale étranglée. Cinq jours auparavant, le 9 juin elle avait éprouvé quelques douleurs abdominales légères qui ne l'avaient nullement inquiétée.

Le 11, après une journée de calme parfait, elle fut prise brusquement, au milieu de son travail de blanchisseuse de douleurs abdominales très vives, en même temps que d'une certaine sensibilité au milieu d'une hernie crurale qu'elle portait depuis sept ans environ,

qui n'avait jamais été soutenue par un bandage, grossissait à certains moments, mais ne l'avait jamais gênée jusqu'alors. Presque immédiatement après survinrent des vomissements répétés qui l'obligèrent à s'aliter et continuèrent le lendemain. La voix devint cassée dès le premier jour.

La malade un peu agitée au moment de son entrée, s'était calmée à la suite d'une injection de morphine.

Anesthésie. — Pas de taxis, nous faisons la kélotomie. Suture, drain, pansement de Lister.

15 juin. — Température $37^{\circ},2$ le matin ; $37^{\circ},4$ le soir. Apparition des règles avancées de trois jours.

16 juin. — Température 37° le matin ; $37^{\circ},8$ le soir. La malade a une émission gazeuse par l'anus pendant la journée. Etat général excellent.

17 juin. — Température 38° le matin ; 37° le soir. Nous refaisons le pansement, coupons les points de suture, sans les enlever. Pendant le pansement, la malade se plaint d'être découverte, de ce qu'un externe vient assister au pansement, elle se met presque en colère en voyant plusieurs autres qui s'approchent et nous sommes obligés de la calmer.

18 juin. — Température $37^{\circ},4$ le matin ; $37^{\circ},3$ le soir. Une garde-robe.

19 juin. — Température $36^{\circ},6$ le matin, 38° le soir. La malade a été prise de diarrhée pendant la nuit et a quelques nausées le matin. Thé, eau de riz, potion avec 30 grammes de cognac, 15 gouttes de laudanum, 10 grammes de bismuth. Le soir lavement laudanisé.

20 juin. — Température $38^{\circ},4$ le matin ; $37^{\circ},5$ le soir. Deuxième pansement, on enlève les sutures, la plaie est réunie, sauf le trajet du drain. La malade a eu encore une selle diarrhéique le matin. Pendant la nuit elle a déliré. Ce matin elle se plaint beaucoup du bruit qui se fait autour d'elle, des malades qui la regardent en passant, elle demande à être isolée. M. Guyon la fait alors placer seule dans une chambre où nous la trouvons le soir enchantée, très calme et nous remerciant de tout ce qu'on fait pour elle.

21 juin. — $37^{\circ},4$ le matin $37^{\circ},6$ le soir. Changement d'attitude. La malade se renferme dans le mutisme le plus complet. Elle est comme

un enfant qui boude et se retourne dans son lit, en cachant sa face dans l'oreiller quand on lui adresse une question.

22 juin. — 37° le matin ; 37° le soir. Elle répond parfaitement et s'excuse aussitôt qu'elle nous voit arriver de son attitude de la veille (cela sans qu'on lui ait fait la leçon !) Le soir, elle reçoit la visite de son fils qu'elle attendait depuis plusieurs jours et est un peu agitée après son départ.

23 juin — 37°4 le matin ; 37°6 le soir. Une selle le matin. Pendant la nuit elle a arraché le pansement et la plaie s'est un peu désunie à sa partie inférieure ; délire, injection de morphine.

24 juin. — 39° le matin ; 39°4 le soir. Même état délirant. Légère contracture des membres. Une seringue de morphine.

25 juin. — 39°8 le matin ; 39°6 le soir. Toute la nuit a été très agitée ; ce matin la malade est calme, mais sans connaissance, raide comme une planche, les yeux errent dans l'espace, les pupilles sont normales, la bouche sèche. Pas d'albumine dans les urines.

26 juin. — 39° le matin ; 39°8 le soir. La contracture a disparu, mais il y a une agitation très grande. Le délire de persécution qui s'est accusé très nettement, continue le 27 et les jours suivants : mais il devient plus calme en même temps que la température s'abaisse graduellement jusqu'au 30 juin où elle n'est plus que de 37 degrés.

La malade est tombée peu à peu dans un état semi-comateux, d'où on ne peut la faire sortir par les excitations qui ne provoquent qu'une simple expression de douleur lorsqu'elles sont trop fortes.

Le 12 juillet la malade partait dans sa famille, la plaie cicatrisée, sans qu'il y ait eu à aucun moment de symptômes abdominaux, sans fièvre, mangeant bien, mais n'ayant pas retrouvé sa raison, reconnaissant à peine les personnes qui l'approchent et toujours convaincue qu'on veut la persécuter.

En octobre, nous sommes allé voir notre ancienne malade et l'avons trouvée en possession complète de sa raison. Elle n'a pas encore complètement repris ses forces et ne se rappelle pas ce qui s'est passé à l'hôpital. Elle a souvenir de l'opération, dit que quelques jours après la visite du prêtre, qu'elle n'avait pas demandée, l'a fort émue et que depuis cette époque elle ne se rappelle plus rien.

Le lendemain de son retour chez elle, elle a repris toute sa connaissance et depuis cette époque, elle n'a jamais déraisonné. Nous apprenons à ce moment que la malade a eu, à diverses reprises et antérieurement à sa hernie, des crises de nerfs avec perte de connaissance. C'est en somme une hystérique.

Nous ne voulons rien conclure de ces trois observations isolées. Peut-être y a-t-il simple coïncidence. Mais il nous a paru intéressant de les rapprocher les unes des autres à cause de leur grande analogie dans la cessation des accidents.

Les observations que nous rapportons ensuite sont des cas de délire ayant débuté peu de temps après l'opération et ayant eu une durée relativement courte.

OBSERVATION IX

(ROUTIER. *Société de chirurgie*, 20 avril 1898.)

Délire post-opératoire précoce. Guérison au bout de cinq semaines.

Le 21 mars 1897, j'opérais d'urgence, pour une péritonite appendiculaire, une jeune femme de trente et un ans, cuisinière. L'opération consista en une ouverture de l'abdomen sur le bord du muscle droit, comme c'est mon habitude, suivie de la résection de l'appendice gangrené qui vient s'offrir au niveau de l'incision et enfin du lavage de l'abdomen avec de l'eau salée à 7 p. 100 stérilisée.

Je laissai dans mon incision un drain calé par deux mèches de gaze iodoformée des hôpitaux, qui contient 10 grammes d'iodoforme par mètre carré.

Cette malade, dont la fièvre tomba après mon intervention, qui resta apyrétique et qui a guéri, fut prise, quarante-huit heures après

l'opération, d'un délire bruyant portant sur sa profession et son état personnel.

Elle était très malheureuse, se croyait damnée parce qu'elle avait volé sa maîtresse, et ne cessait ses plaintes que pour en reprendre d'autres ayant pour cause sa jalousie conjugale.

Ce délire dura cinq semaines ; la malade était guérie, se levait, aidait même dans le service, qu'elle n'était pas encore débarrassée de ses obsessions ; je la plaisantais sur ses sujets de délire, elle avouait que c'était absurde et recommençait.

Elle est sortie parfaitement guérie ; j'ai su par ses maîtres, que je connais, qu'elle n'avait pas du tout le défaut dont elle s'accusait, elle ne faisait pas du tout danser l'anse du panier, et quant à sa jalousie conjugale, il paraît qu'ils n'étaient pas non plus justifiés.

OBSERVATION X (*Résumée*).

(*In thèse de Véné.*)

Femme de 38 ans à qui on extirpe trois myomes sous-péritoneaux, et les annexes du côté gauche. Etat général mauvais.

Vers le cinquième jour, excitation, cris, chants, paroles incohérentes ; guérison cinq semaines après.

OBSERVATION XI (*Résumée*).

(*In thèse de Véné.*)

Femme de 39 ans opérée d'un petit kyste de l'ovaire ; 4 à 5 jours après, délire maniaque, très accusé durant un mois et demi.

Il s'agissait, nous dit-on, d'une femme hystérique et nymphomane.

OBSERVATION XII

(*In thèse de Bataille.*)

Femme de 29 ans opérée d'un phlegmon diffus de la main et de l'avant-bras, consécutif à une piqûre d'épine, sans anesthésie.

Immédiatement après les incisions qui lui sont faites, elle est prise d'un accès de manie, sans fièvre, avec insomnie, bavardage, cris incessants, idées de persécution.

Cet accès dura 20 jours.

Antécédents héréditaires : mère morte atteinte de vésanie.

OBSERVATION XIII (*Résumée*).

(*In thèse de Véné.*)

Cas de M. le P^r Le Dentu.

Femme de 73 ans, à laquelle on pratique une amputation de cuisse pour un ostéosarcome volumineux, le 2 décembre 1885. Le 6, agitation, turbulence : elle croit voir son gendre, l'appelle, se plaint de mauvais traitements; loquacité extrême, gâtisme, escarres sacrées. Le 27 janvier, l'état général est bon, mais l'état mental, quoique amélioré n'est pas guéri complètement.

Nous n'avons pas de renseignements sur l'état mental antérieur de cette femme, mais il s'agit en somme d'une personne âgée et l'on est autorisé à se tenir sur la réserve, d'autant que les troubles indiqués rappellent beaucoup ceux qu'on voit pour une cause quelconque chez les vieillards. Il s'agissait, nous dit-on, d'une femme assez surexcitable et quelque peu névropathe.

OBSERVATION XIV (*Résumée*).

(*In thèse de Musin*.)

Femme de 41 ans à qui on fait, le 8 février 1894, une ovariectomie double pour ovaires kystiques. Etat de faiblesse générale très marqué. Deux ou trois jours après l'intervention, surviennent quelques idées de satisfaction et d'ambition avec incohérence des idées, désordre dans les actes; loquacité: tantôt se plaignant, tantôt exprimant sa joie. Impulsions irrésistibles à voler tout ce qui lui tombe sous la main. Cet état persistant, elle est internée, 3 mois après l'opération, à l'asile de Bailleul où elle présente un mélange d'idées d'ambition et de persécution. Le 27 août de la même année, elle sort guérie.

Antécédents personnels: caractère très variable, irritable, parfois insupportable, se chagrinant sans motifs, habitudes alcooliques.

OBSERVATION XV (*Résumée*).

(*In thèse de Bataille.*)

Femme de 44 ans, opérée d'une hernie crurale étranglée, le 14 juin 1885.

Trois jours après, plaintes, récriminations de colère, puis idées de persécution de plus en plus nettes, hallucinations alternatives d'excitation et de dépression; le 25, après une nuit très agitée, crise hystérique avec état cataleptique; après une période de dépression mélancolique avec refus d'aliments qui a duré quelques jours, la malade finit par guérir, et le 12 juillet, elle peut retourner chez elle.

A aucun moment, il n'y a eu de complication du côté de la plaie, malgré une légère élévation thermique qui, 10 jours après l'intervention, a monté jusqu'à 39°.

Antécédents personnels: crise de nerfs à 15 ans, une autre il y a

environ 10 ans; après chacune, perte de connaissance pendant 24 heures.

M. Bataille qui admet en première ligne et comme cause indispensable des troubles mentaux survenant après les traumatismes la prédisposition, regarde les phénomènes précédents comme des manifestations de l'hystérie.

OBSERVATION XVI (*Résumée*).

(*In thèse de Vène.*)

Femme de 46 ans, opérée par énucléation de 2 fibromes utérus, castration dans le même temps; trois jours après, excitabilité, gémissements, agitation, cris; au bout de quelques jours, le délire sur lequel d'ailleurs l'auteur donne assez peu de détails, revêt un aspect mélancolique: la malade est triste, elle pleure, se lamente, répète sans cesse les mêmes mots, laisse percer quelques idées de persécution. Trois semaines après l'intervention, il n'y a plus que quelques bizarreries d'idées et de langage et un mois après, elle sort en très bon état, sauf un peu de lenteur et d'étrangeté dans les idées.

Il y eut à un moment donné une très légère suppuration au niveau de quelques points de suture.

Antécédents héréditaires: mère nerveuse.

Antécédents personnels: extrêmement nerveuse, a toujours été très excitable; accidents syphilitiques vers l'âge de 23 ans.

Malgré le peu de renseignements fournis, il est cependant permis de soupçonner un état dégénéralif faisant le fond de l'état mental de cette malade.

OBSERVATION XVII (*Résumée*).

(*In thèse de Musin.*)

Femme de 38 ans, à qui on a fait une ovariectomie double pour kystes des ovaires; vers le sixième jour, survient de la dépression mélancolique avec préoccupations hypocondriques qui dura 2 mois.

Or, cette femme, qui avait manifesté une joie exubérante en apprenant que la date de son opération était fixée, a, dans ses antécédents héréditaires; un père alcoolique, un frère faible d'esprit, un cousin germain aliéné. Elle-même a toujours eu le caractère inégal: parfois triste et difficile, parfois exaltée avec des colères violentes tenant ordinairement des propos puérils.

On est donc autorisé à porter le diagnostic de dégénérescence mentale et peut-être même débilité ce qui infirme considérablement le rôle de l'opération dans la genèse du délire,

En terminant cette étude nous concluerons avec tous les auteurs qui se sont occupés de la question que l'on ne doit évidemment pas pratiquer des opérations d'utilité contestable chez des névropathes ou des aliénés avérés. On a rarement de bons résultats. On réveille parfois la psychose qui est à demi-éteinte.

Les opérations pratiquées dans un but de suggestion ne paraissent pas avoir donné de résultats satisfaisants chez ces malades. Si on cherche à les persuader qu'une tumeur imaginaire a été enlevée, ils reportent ailleurs leurs douleurs et trouvent un autre prétexte.

Mais à côté de ces cas, où l'intervention est con-

damnée par tout le monde, il en est d'autres où il faut au contraire opérer.

Si une opération d'urgence s'impose (hernie étranglée, appendice) nul doute que l'on doive d'abord sauver la vie du malade.

Quand une opération n'est pas urgente, mais est néanmoins nettement indiquée, ce sera au chirurgien de peser le pour et le contre, de déterminer les avantages et les inconvénients de l'opération.

Dans nombre de cas l'ablation d'une tumeur d'un organe malade a pu être fait chez des névropathes et même des aliénés sans occasionner d'augmentation de la psychose.

Dans certains cas on a même observé une amélioration ou même la guérison consécutive.

Nous voulons citer ici une observation prise dans le service de M. Routier et qui est intéressante à ce point de vue.

OBSERVATION XVIII (*personnelle*).

M..^{lle}. Marie, âgée de 42 ans, domestique, entre le 22 mai 1900 dans le service de M. Routier, salle Fouché, n° 10.

Cette malade a été réglée à 12 ans et toujours bien réglée depuis lors. Elle n'a pas eu d'enfant, pas de fausse-couches, pas de pertes blanches, elle a néanmoins toujours souffert beaucoup au moment de ses règles.

Depuis deux ans la malade a des troubles mentaux. Elle a des idées de persécutions très marquées survenues, paraît-il, à la suite de la frayeur causée par un incendie.

Depuis un an elle a des nausées fréquentes. Elle vomit un peu tous les matins.

Depuis six à sept mois elle éprouve une certaine pesanteur dans le bas-ventre, surtout quand elle est couchée, dit-elle. Les mictions sont plus fréquentes qu'à l'ordinaire. Sensation de pesanteur au niveau du rectum, constipation. Les règles continuent à être régulières et ne sont pas très abondantes.

L'examen révèle l'existence d'une masse volumineuse, dure en certains points, fluctuante en d'autres, remontant au-dessous de l'ombilic, repoussant l'utérus en avant contre le pubis.

La malade n'est pas cachectique. Elle est très bizarre, refuse de répondre, croit qu'on se moque d'elle.

Le 25 mai, ablation d'une tumeur polykystique, énorme d'origine annexielle. Hystérectomie abdominale totale.

Dès les premiers jours qui suivirent l'opération, l'état mental de cette malade s'améliora considérablement.

Actuellement elle n'a plus d'idées de persécution. Elle se porte très bien, cause volontiers et est très heureuse d'avoir été opérée.

Sans vouloir tirer de cette observation aucune conclusion, nous avons cru au moins intéressant de la relater pour montrer tout au moins que les psychoses post-opératoires ne surviennent pas d'une manière inévitable même après des opérations chez les névropathes. La question de la guérison des psychoses par l'ablation d'une tumeur ou d'un organe malade est trop complexe pour que nous l'abordions ici et nous n'en dirons pas davantage à ce sujet.

CONCLUSIONS

On a décrit sous le nom de psychoses post-opératoires un certain nombre de troubles mentaux qui ne sont pas directement sous la dépendance de l'acte opératoire.

Il est légitime d'éliminer :

1° Les folies quelconques survenues à l'occasion d'une opération chez des malades aliénés antérieurement.

2° Les psychoses par infection ou intoxication (exogène ou endogène).

Les psychoses post-opératoires vraies ont comme causes déterminantes : le traumatisme opératoire et les circonstances qui l'entourent ; frayeur antérieure et consécutive à l'opération, douleur physique, chagrin de la perte d'un organe, etc.

Une cause prédisposante à peu près constante est la névropathie héréditaire ou acquise.

Toutes les opérations peuvent déterminer ces psychoses post-opératoires.

Leur évolution est très variable. Toutefois les psy-

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- ANGELICINI et PIERRACINI. — Opportunité et efficacité du traitement gynécologique dans les névroses hystériques et l'aliénation (Riv. di frenatria, XXIII, 1897).
- BARETTE (de Caen). — Bulletin de la Société de chirurgie, 1898.
- BALDY. — Folie survenant après les opérations gynécologiques (Bull. méd., 1891, p. 1876).
- BALDY. — Folie survenant après les opérations gynécologiques (Med. Age, 15, 1892).
- BLAISDELL. — Ablation des ovaires dans la démence (Med. Record., 20 février 1896).
- BARWELL. — Délire vésanique durant trois semaines, consécutif à l'ovariotomie (Lancet, 21 mars 1884).
- BRODWITZ. — L'action de la castration sur l'organisme féminin (In-8°, Tubinge, 1890).
- BOUILLY. — Bulletin de la Société de chirurgie, 1898.
- BROCA. — Frénésie hystérique guérie par la laparotomie, 6^e Congrès frenati, itali., septembre 1889.
- ROBERT BICH. — Manie aiguë consécutive à une opération chirurgicale (Bristich. Médic. Journ., avril 1884).
- BERGER. — Bulletin de la Société de chirurgie, 1898.
- BERGER. — Pansement à l'iodoforme (Rev. des Soc. médic., année 1883).
- BUM. — De l'intoxication par l'iodoforme (Wien. Med. Press, n^o 7, 1881).

- BONDURANT. — Deux cas d'aliénation mentale traitée par l'ovariotomie (Améric. Journ., of isanity, janvier 1886).
- BOULLENGIER. — Kyste de l'ovaire chez une aliénée. Comm. à la Soc. de Méd., In. bull. Méd., 23 décembre 1894.
- BATAILLE. — Traumatisme et névropathie (Thèse de Paris, 1887).
- BAILLARGER. — Influence de la menstruation sur la transformation de la manie en délire aigu (Ann. médico psychol., 1885).
- BUTTER et SMITH. — Manie aiguë consécutive à la rupture du rectum, 13 jours après une ovariectomie (The Journ. of ment. Soc., 1893).
- 9^e Congrès des médecins aliénistes et neurologistes. Tenu à Angers du 2 au 6 août 1898.
- CROCK. — Etude pathogénique et clinique des névroses traumatiques (Mém. couronné Acad. Med. belge, XIV, 1895).
- CASTAGNS. — De l'ablation des annexes de l'utérus dans l'hystérie. Thèse, Montpellier, 1890.
- CHARLÉONI. — Hystérie et castration. Congrès de Pavie, septembre.
- CHOTEAU. — Troubles nerveux après opérations obstétricales (Archiv. de Tocologie et de Gynécologie, octobre 1893).
- CHROBAK. — Ueber Einverleibung von Eierstockgewebe Centralbl. für Gynécol., n° 28, 1896.
- CHROBAK. — Des suites des opérations faites sur les annexes de l'utérus. Bull. Méd., 15 nov. 1893.
- CONADO FERRANINI. — Contributo allo studio della psicosi post-opératoire (Nuova Rivista, n° 11, 1893, Napoli).
- CHAILLOU. — Du délire nerveux (Thèse, Paris, 1833).
- CALDERON. — Délire consécutif à l'opération de la cataracte (Rivist. clin. de los hospitales, juin 1890).
- CESTAN. — Les accidents nerveux au cours de l'empyème (Gaz. des Hôpitaux, 29 janv. 1893).
- DEBOVE. — Sur un cas de névrose traumatique (Soc. méd. Hôpitaux, 5 avril 1894).
- DEBOVE. — Hystérie développée chez une femme ovariectomisée (Soc. méd. Hôpitaux, 18 nov. 1892).
- DUFournier. — Troubles psychiques post-opératoires (Arch. gén. médecine, décembre 1889).

- DENT. — Folie consécutive aux opérations chirurgicales (*Journal of. mental Soc.*, avril 1888).
- DENIS. — Thèse de Montpellier, 1880.
- DOLÉRIS. — Vésanies post-opératoires (*Société obstétricale. Paris*, juin 1898).
- DENY. — Pathogénie des folies sympathiques (*Presse médicale*, 1896).
- EVERKE. — De la parotidite et des psychoses après l'ovariotomie (*Deut. med. Woch.*, 16 mai 1894).
- ENGELHARDT. — De la production des sympt. nerveux complexes par les modifications anatomique des organes sexuels, in-8, Stuttgart, 1885.
- EWENS. — Temporary insanity after chloroforme. *Brit. méd. Journ.*, n° 833.
- FORSTER. — *Ueber Psychose nach Erkrankung der sexual organen* (in-8, Greifswald, 1874).
- AUG. FOREL. — Guérison de l'hystérie par la castration. *Corr. Blatt. f. Schweiz, Aertz*, 15 nov. 1886.
- FESTAL. — Etude sur le délire nerveux traumatique, Thèse de Paris, 1877.
- FERGUSSON (J). — Folies consécutives à l'épuisement, aux fièvres, aux coups, aux blessures, aux opérations chirurgicales, à la parturition, etc. (*The alienist and Neurolog.*, juillet 1892).
- FOURAU. — Contribution à l'étude des traumatismes dans ses rapports avec l'aliénation mentale (Thèse de Paris, 1888).
- GERARD MARCHAND. — *Bull. de la Société de chirurgie*, 1898.
- GILLIAM. — Oophorectomie pour l'aliénation et l'épilepsie (*Ann. Journ. of obst.*, oct. 1896).
- GRAMMATIKATI. — Des phénomènes cliniques observés chez les femmes à la suite de l'ablation de parties séparées de l'appareil génital. *Wraibh*, 4, 1890.
- GROUHEL. — Etudes médico-légale des maladies post-traumatiques (Thèse, Lille, 1895).
- DE GIOVANNI. — Contre l'intervention chirurgicale dans les névroses (*Intern. Klin. Rundschau*, n° 27, 29, 1893).
- GUYOT. — (Thèse de Paris, 1899).

- GORTON. — Manie consécutive à l'emploi de l'éther comme anesthésique (Am. Journ. of ment. Sc., avril 1890).
- GOODELL. — Notes clinique sur l'extirpation des ovaires dans l'aliénation mentale (Améric. Journ. of. Isanity, 1882).
- HOABS. — La gynécologie chez les aliénés (Améric. méd. surg. Bull., 28 mars 1825).
- HAMILTON. — De l'abus de l'oophorectomie dans les maladies du système nerveux (N.-York med. Journ., 18 fév. 1892).
- HARTMANN. — Bull. de la Société de chirurgie, 1898.
- HOCHWART. — Les psychoses, suite d'opération sur les yeux (Jahrbl. f. Psych., IX, 1892).
- HERRINGHAM. — Observations de troubles mentaux après les opérations (Saint-Barthol. Hosp., XXI, 1885).
- HEGAR ALF. — De la relation des affections sexuelles avec les maladies nerveuses et la castration dans les névroses (Stuttgart, 1884).
- HOBBS. — Gynécologie chirurgicale chez les vésaniques (Brit. med. Journ., 25 sept. 1897).
- JOFFROY. — Folie post-opératoire (Presse médicale, mars 1898).
- JACOBS. — Folie post-opératoire (Presse médicale belge, 1894).
- JAYLE. — Opothérapie ovarienne (Presse médicale, 9 mai-29 août 1898).
- JACOBS. — Opothérapie ovarienne (La polyclinique, n° 23, 1896).
- JAYLE. — Effets physiol. de la castration chez la femme (Rev. de gynécol. et de chirurgie abdom.; mai-juin, 1897).
- HIERNAN. — Neutal symptoms. after surgical opérations (Chicago, 1891).
- KRÖMER. — Beitrag zûr castrations frage (Allgem. Zeit für Psych. Band, LII, Heft, 1, 1895).
- MC. KONE. — Acute mania following laparotomy for hystérectomy and intraligamentous cyst (Med. Sentinel Portland, 1894).
- LE DENTU. — Des Délires post-opératoires (Med. Moderne, 1891, p. 53).
- LOEVENSTEIN. — De mentis aberationibus ex partium sexualium conditione abnormi oriendo (in-8, Bomæ, 1823).

- LISSAC. — Troubles consécutifs à la castration chez la femme et opothérapie ovarienne (Gaz. hebdomadaire, 15 nov. 1896).
- LISSAC. — Traitement des troubles consécutifs à la castration (Thèse de Paris, 1896).
- LEYDEN. — Hystérique de 30 ans ayant déjà subi sept opérations graves (Berl. Klin. Woch., 28 nov. 1892).
- LE DENTU. — Des délire post-opératoires (Méd. moderne, nos 4 et 5 janv. 1891).
- H. LOSSEN et FÜRSTNER. — Accès de manie durant 6 semaines consécutives à une hystérectomie (Berlin, Klin. Wochen, n° 34, 23 1880).
- LUYS. — Des folies sympathiques consécutives aux opérations gynécologiques (Ann. de Psychol. et d'Hypnot., juin 1893).
- RUDOLF-LOWY. — Geistesstörung nach cataractextraktion. (Alleg. Zeit für Psych. Band LII, Heft, 1895.)
- LOISEAU. — De la folie sympathique. (Thèse Paris, 1856.)
- LUIGI FRIGÉRIO-PICCOLA. — La psicosi di causa traumatica. (Ann. medico-psychol., 1892.)
- LUCAS CHAMPIONNIÈRE. — Bull. de la Société de chirurgie, 1898.
- MAIRET. — Rapport entre les lésions de la sph. génitale et l'aliénation mentale. (Montpell. médical, 1880-1881-1882.)
- MAIRET. — Folie post-opératoire. (Bull. méd., 28 août 1889.)
- MONOD. — Bull. de la Société de chirurgie, 1898.
- MEYSSAN. — Les psychoses traumatiques. (Thèse de Bordeaux, 1899.)
- MARSHALL. — Insanity cured by castration. (Med. and surgery report.)
- MICHÉA. — De la lypémanie dans ses rapports avec les affections des organes génitaux. (France médicale, 1856.)
- MORSELLI. — Notes sur les psychoses cocaïniques et sur leurs variétés nosographiques. (Riforma méd., 27 mai 1896.)
- MANTON. — Chirurgie abdominale chez les aliénés. (Améric. journal of obst., nov. 1892.)
- MARCHIONNESCHI. — De la castration et de la salpingectomie chez les femmes hystéro-épileptiques. (Ann. d'obstétrique, août 1889.)
- MARLIER. — La folie post-opératoire. (Thèse de Paris, 1897.)

- MAYER. — Phénomènes mentaux et nerveux consécutifs aux opérations. (Médecine, juin 1897.)
- MUSIN. — Folie consécutive aux traumatismes opératoires sur le système général de la femme. (Thèse Lille, 1895.)
- MAINZER. — Vortrag zur Behandlung der Ausfallerscheinungen nach castration. (Deutsch med. Woch., 19 mars 1886.)
- MURET. — De l'organothérapie par l'ovaire. (Soc. vaudoise de médecine, 18 juin 1896.)
- MOND. — Münch. med. Woch., avril 1896.)
- MOND. — Organothérapie par l'ovaire. (Münch. med. Woch., 8 sept. 1896.)
- H. OPPEINHEIM. — Les névroses traumatiques. (18^e congrès chirur. allem., 1888.)
- PLEISCHL. — Wien. med. Wochensh., 1872.
- PRAUD. — Troubles névropathiques consécutifs à l'ablation de l'utérus et des annexes. (Thèse Paris, 1825.)
- OZENNE. — Rappel des psychoses par les opérations. (Société de méd. et chir. pratiques, 26 mai 1898.)
- NIMIER. — Bulletin de la Société de chirurgie, 1898.
- OLLIER. — Bulletin de la Société de chirurgie, 1898.
- PAMARD. — Inutilité de l'ablation des ovaires pour la guérison de l'hystérie. (9^e congrès français de chirurgie, 1895.)
- POIRIER. — Bulletin de la Société de chirurgie, 1898.
- POTHERAT. — Bulletin de la Société de chirurgie, 1898.
- PACKARD. — Un choc chirurgical. (New-York, Stat. med. Soc., 2 février 1891.)
- POTAIN. — De l'hystéro-traumatisme interne. (Sem. médicale, 9 décembre 1891.)
- PICHEVIN. — Des abus de la castration chez la femme. (Thèse Paris, 27 juin 1888.)
- PERRETTI. — Le traitement gynécologique dans ses rapports avec les affections mentales. (Berlin, Klin. Woch., mars-août 1882.)
- PARINAUD. — Psychoses consécutives à l'extraction de la cataracte. (Journ. de méd. et de chir., août 1890.)
- S. POZZI. — Complications de l'ovariotomie. (Gaz. méd. de Paris, 9 août 1890.)

- PÉAN. — Les résultats éloignés de la castration utérine par voie vaginale dans les suppurations pelviennes. (Cong. intern. de gynéc. col. et d'obstét. Genève, août-sept. 1896.)
- PICQUÉ ET BRIAND. — Sur le délire psychique post-opératoire (Communicat. à la Société de chirurgie, Paris, 1898)
- RÉGIS. — Communication à la Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux. (Méd. moderne, 1898.)
- E. RÉGIS. — De la folie sympathique liée au processus physiol. et pathol. des organes de la génération. (Journ. méd. Bordeaux, 1883.)
- E. RÉGIS. — Folie consécutive à une ovario-salpingectomie. (Journ. méd. Bordeaux, 10 sept. 1893.)
- E. RÉGIS. — Folie sympathique. (Dict. encyclop. des sciences médicales.)
- S. ROCHÉ. — De l'étiologie des troubles mentaux consécutifs aux opérations gynécologiques. (New-York, Méd. journ., 14 octobre 1893.)
- S. ROCHÉ. — The etiological relation of pelvic disease in women to insanity. (Crit. méd. journal, 23 sept. 1894.)
- S. ROCHÉ. — La démence et les affections pelviennes chez la femme. (Journ. améric. méd. Assoc., 12 octobre 1896.)
- RÉGNIER. — Bulletin de la Société de chirurgie, 1898.
- RABEC. — Des suppurations en général et des parotidites suppurées en particulier au point de vue de l'évolution de certaines maladies mentales. (Thèse Paris, 1882.)
- RÉMY. — Effet du traumatisme chez le vieillard et en particulier du choc prolongé à forme nerveuse. (Congrès français de chirurgie, oct. 1897.)
- RICHELOT. — Bulletin de la Société de chirurgie, 1898.
- SIMPSON. — Sur la folie post-opératoire. (Arch. neurologie, août 1897.)
- ROUTIER. — Bulletin de la Société de chirurgie, 1893.
- SPRAGUS. — Un cas de manie aiguë consécutive à une lacération du col utérin et du périnée. (Améric med.)
- SEARS. — Sur la folie consécutive aux opérations chirurgicales. (Boston med. and Surg. journ., 29 juin 1893.)

- STONE.** — Résultats psychiques des opérations gynécologiques. (Journ. of Americ med. Assoc., 30 août 1898.)
- SEKOND.** — Bulletin de la Société de chirurgie, 1898.
- SHEPERD.** — Manie post-opératoire. (The interna journ. of the med. Sc., décembre 1898.)
- SEELIGMANN.** — Contribution à l'étude des troubles mentaux consécutifs aux opérations gynécologiques. (Thèse de Nancy, 1896.)
- GAILLARD-THOMAS.** — De la manie aiguë et de la mélancolie consécutives aux opérat. gynécol. (Med. News, 13 avril 1888.)
- SELDEN H. TALCOT.** — Le traumatisme dans ses rapports avec la production et avec la guérison de la folie. (Americ journ. of insanity, avril-juillet 1888.)
- TUFFIER.** — Bulletin de la Société de Chirurgie, 1898.
- TILBROWN.** — Les troubles mentaux consécutifs aux opérations en gynécologie (Améric. Journ. of. obstétric, janv. 1888).
- TRUELLE.** — Thèse de Paris, 1898.
- A. VOISIN.** — Délire de la persécution. Kyste dermoïde de l'ovaire, laparotomie, disparition des troubles mentaux. Journ. de Médecine, Paris, 17 mars 1896.
- VAN HASSEL.** — Folie (post-opératoire (Société belge de gynécologie, 1894.)
- VÈNE.** — Délires post-opératoires (Thèse, Paris, 1881).
- VALUDE.** — Réveil d'un état de mal hy-téro-épileptique avec délire à la suite d'une opération chirurgicale (France médic., n° 10, 1884).
- VINCENZO-COZZOLINI.** — Troubles psychiques provoqués et entretenus par les maladies de l'oreille (La Psichiatria, fasc., IV, 1887).
- WIGLESWORTH.** — On uterine disease and insanity (Journament Sc. London 1884).
- WALTHER.** — Bulletin de la Société de chirurgie, 1898).
- WILSON.** — Complications mentales consécutives aux opérations (Méd. News, 9 janv. 1897).
- WERTH (de Kiel).** — Des psychoses apparaissant à la suite d'opérations sur l'appar. génit. féminin (Berl., Klin. Woch., 27 août 1888).

Weiss. — Troubles nerveux et psychiques après la castration double chez l'homme (Wien. med. Presse, nos 22 et 25, 1890).

